

MEGHATALMAZÁS minta

Alulírott (név) (születési név:,
születési idő:, TAJ azonosító:,
lakcím:), mint meghatalmazó ezúton

meghatalmazom

..... (név) (születési név:, születési
hely és idő:, anyja neve:,
lakcím:, a továbbiakban: meghatalmazott), hogy a
Medicare Biztosító Zrt. (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., cégjegyzékszám:
01 10 142557, továbbiakban: Biztosító) előtt a Biztosítót érintő,

.....
.....
(beazonosítható módon megjelölt panasz)

kapcsolatos panaszom tekintetében a nevemben és képviselőtemben eljárjon,
nyilatkozatokat tegyen.

A meghatalmazott személy képviselői joga nem terjed ki az alábbiakra:

..... (opcionális)

Nyilatkozom, hogy a Biztosító a panaszválaszát a meghatalmazott személlyel (is)
közölheti. (opcionális)

Jelen meghatalmazás visszavonásig / (dátum) napjáig / a
panaszügyintézés szakaszáig érvényes. (kérjük, a megfelelőt rögzíteni)

Kelt:

.....
(név)
aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: Név:

Lakcím: Lakcím:

Aláírás: Aláírás: